

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1920-1921. — N° 254

SUR UNE
MODALITÉ D'ULCÈRE GASTRIQUE
CHEZ LES SYPHILITIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Joseph-Roger FAVRE

Né à Angers, le 13 octobre 1893.



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
RUE DE LA BARRE, 12. — H. GABRION, DIRECTEUR

—
1921

SUR UNE
MODALITÉ D'ULCÈRE GASTRIQUE
CHEZ LES SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1920-1921. — N° 254

SUR UNE
MODALITÉ D'ULCÈRE GASTRIQUE
CHEZ LES SYPHILITIKES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Joseph-Roger FAVRE

Né à Angers, le 13 octobre 1893.



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
RUE DE LA BARRE, 12. — H. GABRION, DIRECTEUR

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LEPINE
ROQUE

DOYEN.
ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. TIXIER. BERARD.
Cliniques chirurgicales	X...
Clinique obstétricale et Accouchements.	ROLLET.
Clinique ophtalmologique.	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEPINE (J.).
Clinique neurologique et psychiatrique.	WEILL.
Clinique des maladies des enfants.	POLLOSSON (A.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	NOVÉ-JOSSERAND.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	CLUZET.
Chimie biologique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	MOREL.
Matière médicale et Botanique	MOREAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	GUIART.
Anatomie.	LATARJET.
Anatomie générale et Histologie.	POLICARD.
Physiologie.	DOYON.
Pathologie interne.	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MOURIQUAND.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire.	VILLARD.
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING (F.).
Médecine légale	ETIENNE MARTIN.
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique.	PIC.
Pharmacologie.	FLORENCE (A.).
Pathologie externe.	VALLAS.
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.
Chimie minérale.	BARRAL.
Accouchements.	COMMANDEUR.
Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Embryologie	HOVELACQUE.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM. NOGIER. BRETIN. LERICHE. THEVENOT (Léon). TAVERNIER. CADE.	MM. GARIN. SAVY. FROMENT. THEVENOT (Lucien) PIERY. COTTE.	MM. DUROUX. HOVELACQUE. TRILLAT. SARVONAT. FLORENCE (G.). ROCHAIX.	MM. CORDIER. ROUBIER. FAVRE. MURARD. BONNET. GRAVIER, chargé des fonctions
--	---	--	--

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROQUE, Président ; CADE, Assesseur ;
MM. CORDIER et ROUBIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA FEMME

A LA MÉMOIRE DU D^r H. BARNSBY

Professeur de Pathologie Externe à l'École de Médecine de Tours

Il fut notre premier maître.

Nous lui devons ce gage de reconnaissance.

A mon Président de Thèse
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE
Professeur de Clinique Médicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR CADE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux

A MES JUGES

Au moment de terminer nos études, ce n'est pas sans émotion que nous apercevons, dans les années écoulées, la dette de reconnaissance que nous avons accumulée envers tous ceux qui nous ont aidé à faire ce que nous serons demain.

Dans notre famille, nous ne nous sommes pas acquitté par les seuls souvenirs tendrement affectueux, à notre père, à notre mère et à notre femme. Nous devons un gage d'affection à nos frères et à notre sœur, en particulier à notre sœur qui a partagé toutes nos joies comme toutes nos peines, et à notre plus jeune frère qui, durant notre dernière année d'études, fut à la fois et le frère et l'ami. Nous ne pouvons oublier nos oncles J. Cottaz, H. et E. Favre : ils remplacèrent pour nous le père disparu ; qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude !

Nous nous souvenons de nos premières années d'études à l'Ecole de Médecine de Tours, et c'est pour adresser nos sentiments de respectueuse reconnaissance à M. le Docteur Wolff, directeur de l'Ecole, qu'aucun de ses anciens élèves ne peut oublier, et à MM. les Docteurs Bosc, Guillaume-Louis, Tillaye, dont l'enseignement nous guida dans nos débuts.

A tous nos amis, camarades d'études des premières années, à ceux que la guerre nous a enlevés, aux autres que la vie a déjà dispersés, nous adressons nos pensées les plus émues.

Achevant nos études à Lyon, parmi tous nos maîtres de la Faculté, nous devons un remerciement tout spécial à M. le Docteur Cade, professeur agrégé, qui fut notre inspirateur et notre guide en ce travail, et à M. le Professeur Roque, qui nous fit le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A M. Bru, externe des hôpitaux, qui s'est obligeamment mis à notre disposition pour nos traductions, nous adressons nos remerciements et nos meilleurs vœux pour l'avenir.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention de faire une étude détaillée des différentes formes que peut revêtir la syphilis gastrique. Nous n'avons pas non plus celle de faire un travail envisageant toutes les ulcérations gastriques syphilitiques.

Pour l'étude de la syphilis gastrique en général, nous renvoyons aux travaux, aux articles ou aux communications d'Andral (1834), Cornil (1879), Galliard (1885), Chiari (1891), Jacobs (1896), Dieulafoy (1898), Dubuc (1898), A. Fournier (1899), Barbier (1904), Hayem (1905), Pater (Thèse et *Revue générale in Gazette des Hôpitaux*, 1907), A. Mathieu, Cade (1910), Siegheim (1911), Hausmann (1913), Castaigne, Leven (1913), Bensaude et Rivet (1919).

En ce qui concerne plus spécialement les ulcérations gastriques syphilitiques nous renvoyons aux travaux, articles ou communications de Galliard (1886), Marfan (1887), Frankel (1899), Lacassagne (Thèse, Lyon 1912) et au récent article de Fowler, paru dans le *Surgery Gynecology and Obstetrics* (mai 1921).

Tous ces auteurs s'accordent sur les points suivants :

1° Les manifestations gastriques de la syphilis sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit en général;

2° Outre les formes à type de gastrite chronique, de tumeur, de sténose pylorique, la syphilis gastrique affecte également la forme d'ulcère de l'estomac;

3° Les ulcères syphilitiques de l'estomac résultent le plus souvent de la fonte de foyers gommeux.

Or, est-ce là toujours l'origine de tels ulcères ? Barbier (1904) dans sa thèse, laisse entendre qu'« en dehors de l'ulcère gommeux, il y aurait peut-être place pour une autre variété d'ulcère syphilitique, ce serait l'ulcère d'origine vasculaire ».

Widal et Boidin (1905) sont d'avis qu'il existe « des cas indiscutables d'ulcères qui relèvent de l'ischémie par embolie ou par athérome des artères de l'estomac ».

M. le Prof. agrégé Cade, dans son traité des maladies de l'estomac (1910), émet l'opinion que les ulcères syphilitiques de l'estomac « peuvent être encore le résultat direct des altérations vasculaires provoquées par la syphilis ».

Haussmann (1913) distingue deux sortes d'ulcère syphilitique de l'estomac :

1° L'ulcère par ramollissement du tissu gommeux;

2° L'ulcère par endartérite.

Enfin pour Fowler (1921), la nature syphilitique de certains ulcères n'est mise en évidence que par la constatation de l'endartérite oblitérante et de l'infiltration lymphocytaire péri-artérielle.

Pour tout ce qui a trait à la syphilis gastrique, les auteurs se plaignent du manque d'observations détail-

lées, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

Grâce à la bienveillante obligeance de M. le Prof. agrégé Cade, nous avons la bonne fortune de produire deux observations recueillies dans son service, où l'origine syphilitique des ulcères en cause ne peut être suspectée et au sujet desquels nous pourrions discuter la possibilité d'une pathogénie autre que celle de l'ulcération gommeuse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Communiquée par M. le prof. agrégé CADE)

C... B..., 60 ans, guimpier, entre à l'hôpital, le 15 octobre 1920, parce qu'il souffre de l'estomac.

Antécédents héréditaires mal connus.

Ne peut donner aucun détail sur sa santé pendant l'enfance. A vingt ans, aurait eu la variole. A dix-huit ans, contracta la syphilis et fut soigné à l'Antiquaille. A trente-sept ans, a fait de la baccillose (hémoptysies). Ethylisme ancien. A trente-huit ans, hémiplegie gauche. Marié, sans enfants, sa femme n'a jamais eu de fausses-couches.

En somme, antécédents fortement entachés de baccillose, de spécificité et d'éthylisme.

La maladie actuelle a débuté il y a six ou sept ans, par des tiraillements, des pesanteurs, des constrictions à type tardif, environ deux ou trois heures après avoir mangé. A cette époque, il fut voir le Dr Riel, qui lui conseilla un régime. Puis ces phénomènes cessèrent pour réapparaître de temps en temps, quand il était constipé.

Il y a huit mois, il sentit revenir les signes du début : c'était encore des douleurs, des tiraillements qui prédominaient dans les flancs ; pas de douleurs transfixives, pas de vomissements ; le malade s'alimente, n'a pas perdu l'appétit, n'a pas notablement maigri. D'une façon générale, il est constipé, la couleur de ses matières est jaunâtre, et le malade n'y a rien remarqué d'anormal.

Devant la persistance de ces troubles gastriques, il se présente à l'Hôtel-Dieu, à la consultation des maladies de

l'appareil digestif, où on lui conseille d'entrer à l'hôpital pour y être examiné.

État actuel : On se trouve en présence d'un homme qui, à première vue, ne présente pas un mauvais état général, ne présente pas de décoloration du teint, n'a pas perdu de forces depuis l'époque où il a eu son hémiplegie. La langue est légèrement saburrale, température normale.

L'examen somatique montre un abdomen souple, facilement dépressible ; on ne perçoit aucun clapotage, ni aucune succussion. L'estomac ne paraît pas abaissé ; les points cœliaque et mésentérique sont indolores. A la palpation profonde, on ne perçoit aucune masse ; on pénètre bien dans tous les étages abdominaux, et les signes objectifs, pas plus que les signes fonctionnels, ne laissent supposer qu'on se trouve en présence d'un néoplasme.

L'examen de la réflexivité montre une exagération marquée du réflexe rotulien gauche, des réflexes tricipital et radial gauches, et une abolition du rotulien droit. Le Babinski se fait en flexion des deux côtés ; force musculaire diminuée à gauche. Sensibilité intacte. Egalité pupillaire, en myosis ; réflexe à la lumière aboli à droite et très lent à gauche ; inégalité de la circonférence irienne.

Si on fait marcher le malade, immédiatement un énorme paquet variqueux se dessine sur la face antéro-interne du mollet gauche. En marchant, le malade fauche. Pas de Romberg évident.

Rien au cœur.

En somme, cet homme a présenté, à trente-huit ans, une hémiplegie spécifique ; quant aux signes digestifs, ils sont peu caractéristiques d'une affection ulcéreuse ou néoplasique.

18 octobre. — Ce matin, à 8 heures, le malade, sans prodromes, vomit un crachoir de sang rouge. Le malade s'était levé, puis, subitement, a été pris de vertiges, de quelques bourdonnements d'oreilles. Il est tombé dans un état syncope. Auparavant, il avait éprouvé un peu de ballonnement abdominal, de tension.

Cet incident est donc de nature à faire porter de façon ferme le diagnostic d'ulcus, pour lequel nous hésitions.

19 octobre. — Le point phrénique gauche est, aujourd'hui,

plus sensible que le droit. Le malade a eu d'autres gastroragies de quantité à peu près égale, soit environ 300 grammes. Malgré tout, il conserve un bon pouls.

20 octobre. — Dans l'après-midi, on lui donne un lavement chaud, après lequel il évacue des matières noires (marc de café). Sans autre hémorragie, sans signes de perforation, à 9 heures du soir il agonise, et meurt sans phénomènes spéciaux à minuit.

AUTOPSIE. — 22 octobre. — Estomac et intestin pleins de sang noir.

L'ulcère siège sur la petite courbure, plus près du pylore que du cardia. Pas d'adhérences gastro-hépatiques ou gastro-pancréatiques.

L'estomac ayant été ouvert, l'ulcère apparaît, peu calleux, d'un diamètre un peu supérieur à celui d'une pièce de deux francs. Au fond de l'ulcération, on aperçoit l'orifice d'un vaisseau turgescent.

Le cœur est gros : 500 grammes. L'hypertrophie siège sur le ventricule gauche. L'aorte, surtout la crosse, est le siège de plaques jaunes d'aortite syphilitique. Elle est très dilatée.

Dans la capsule interne droite, on trouve un foyer de désintégration, foyer de l'hémorragie cérébrale datant de douze ans.

OBSERVATION II.

(Communiquée par M. le prof. agrégé CADE)

P... F..., 63 ans, garçon de bureau, entre à l'hôpital, le 4 mars 1921, pour douleurs gastriques.

Antécédents héréditaires : Père mort d'affection pulmonaire aiguë à 74 ans. Mère morte à 80 ans d'affection inconnue. Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels : Marié, deux enfants bien portants. Sa femme, âgée de 43 ans, n'a jamais fait de fausses couches. Elle présente, depuis dix-huit mois, des phénomènes traduisant une manie de persécution. Fumeur, pas d'éthylisme, pas de spécificité avouée.

S'est très bien porté d'une façon habituelle. A présenté, il y a huit ans, un ictère qui a duré une quinzaine de jours. A la suite de cet ictère, a présenté une crise de coliques hépatiques qui n'a pas récidivé.

L'affection actuelle remonte à deux mois : des douleurs gastriques sont apparues d'une façon à peu près régulière, deux heures après les repas, matin et soir. C'étaient des douleurs à siège épigastrique et dans l'hypochondre gauche (brûlures, tiraillements). Elles n'étaient pas accompagnées de faim douloureuse, et l'ingestion d'aliments n'avait aucune influence favorable sur elles. Une prise de sel alcalin les arrêtait instantanément.

Le malade n'était pas constipé, les selles étaient de coloration normale, jamais de matières noires. Il n'a jamais vomi, n'a jamais eu de renvois aigres ou de regurgitations aqueuses.

A noter, au point de vue pathogénique, des soucis, des ennuis profonds.

Les douleurs n'ont présenté aucune période d'accalmie. Elles se sont accusées depuis quinze jours, et l'horaire d'apparition semble s'être rapproché des repas. Il est d'ailleurs devenu un peu irrégulier.

A l'heure actuelle, le malade souffre presque immédiatement après les repas. Les douleurs siègent dans l'hypochondre gauche ; il a la sensation d'un coin qui s'enfonce dans le rebord costal. Elles ne présentent aucune irradiation ; le malade ne vomit pas.

L'appétit est conservé ; pas de dégoût électif pour les viandes et les graisses. L'amaigrissement est de dix kilos depuis deux mois, mais le malade nous dit que depuis cette époque, sur les conseils de médecins, il a considérablement réduit son alimentation, dans le but d'éviter les douleurs..

Selles régulières, de coloration jaune safran.

A l'examen, on se trouve en présence d'un homme un peu pâle. Lorsqu'on le découvre, l'amaigrissement est notable. On remarque immédiatement, sur le thorax et la région dorsale, des taches circonscrites roses, recouvertes d'une pellicule jaunâtre, donnant par endroits l'impression de brûlures par ventouses. Le malade nous dit que cette éruption est survenue il y a deux mois.

A noter un ganglion sus-épitrochléen gauche. Sur la face externe de la cuisse droite, on note une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon, de consistance moyenne et mobile sur le plan horizontal.

Appareil digestif : La langue est un peu saburrale. On ne remarque, en aucun point de la muqueuse buccale, d'érosions ou de taches leucoplasiques.

L'abdomen est légèrement météorisé ; l'épigastre est peu tendu mais d'une façon constante ; on ne remarque pas d'ondes péristaltiques ; les points cœlialgiques ne sont pas douloureux. On provoque seulement une douleur nette au niveau du point paraombilical gauche et suivant la région qu'occupe la petite courbure. Il n'existe pas de point vésiculaire. Par contre, la zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard est très nettement douloureuse à la pression. Le point cervical gauche est très nettement douloureux.

A la palpation, on pénètre assez mal sous le rebord costal gauche, mais on n'a pas, à proprement parler, l'impression d'une tuméfaction sous-jacente. C'est à peine si, par instant, on a l'impression d'un léger ressaut qui correspondrait à la grande courbure d'un estomac rétracté. Pas de succussion, ni de clapotage.

Foie débordant les fausses côtes de deux travers de doigt, semblant abaissé. Rate non perçue.

Appareil pulmonaire : Pas de lésions bacillaires évolutives. A la base droite, quelques râles de bronchite et quelques sibilances.

Appareil circulatoire : Pointe du cœur difficilement localisable. Bruits normaux sans souffles surajoutés. Tension artérielle : 7 1/2 maxima.

Appareil génito-urinaire : Pas de rein mobile ; rien aux testicules. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Système nerveux : Réflexes tendineux et oculaires normaux.

En résumé, on se trouve en présence d'un homme de 63 ans, qui, depuis deux mois, présente des douleurs gastriques très violentes, d'abord à caractère tardif puis à horaire variable. En même temps que ces douleurs apparaissent simultanément une éruption de taches roses, circonscrites, sur

le thorax. Les douleurs n'ont pas présenté d'accalmie; elles sont momentanément calmées par l'ingestion d'alcalins. L'appétit est conservé, sans dégoût électif. L'amaigrissement a atteint dix kilos. L'examen somatique ne révèle rien de net, qu'une douleur aiguë dans la région pancréatico-cholédocienne, un point paraombilical gauche, la difficulté relative de pénétrer sous le rebord costal gauche.

Devant une telle symptomatologie, il est logique de penser à une néoplasie. La localisation sur l'estomac semble devoir être envisagée. On pourrait donc penser à un néoplasme, non orificiel de l'estomac, avec extension à la face postérieure et légère atteinte du pancréas, ce qui expliquerait les douleurs particulièrement violentes.

Il importe toutefois, en raison de l'éruption cutanée, de faire des réserves sur la possibilité d'une spécificité. La radioscopie, le tubage, l'examen des matières nous fourniront également des renseignements utiles pour éliminer l'hypothèse d'un ulcus, qui expliquerait mal l'amaigrissement, malgré les restrictions alimentaires que s'est volontairement imposé le malade.

9 mars. — Examen des selles : Coloration un peu jaune gris. Fétidité. Weber et Meyer négatifs.

Triboulet : coloration brique.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Tubage à jeun : on ne retire rien.

Tubage une heure après repas d'épreuve : on retire 80 cm³ de débris alimentaires et de liquides.

Dosage : HCl. libre : 0,62.

Acidité totale : 2,55.

Weber et Meyer faiblement positifs dans le liquide retiré (valeur douteuse : traumatisme de l'intervention ?).

Examen radioscopique : Nombreux ganglions trachéo-bronchiques.

Estomac situé très à gauche de la ligne médiane. Petite et grande courbures nettes. — Région pylorique en moignon — Evacuation pénible par un mince filet.

Examen de M. le D^r Bonnet, médecin de l'Antiquaille. L'examen pratiqué par M. le D^r Bonnet arrive aux conclusions suivantes : les taches circonées ne sont pas des mani-

festations spécifiques, mais celles d'un psoriasis atypique.

18 mars. — Examen radioscopique après ingestion de bouillie bismuthée. — Le pylore est surpris et permet un passage immédiat dans l'intestin. Il se ressaisit et devient continent.

L'estomac est vertical dans son ensemble et situé à gauche. La région pylorique est en moignon. Par moment à sa partie supérieure et sur 3 centimètres 1/2 environ cette région montre une zone légèrement dentelée.

La première portion du duodénum et la région juxta-pylorique restent imprégnées de bismuth sous forme de petites trainées.

Dans l'ensemble, le pylore, son vestibule et la région duodéno-pylorique ont, par moment, une forme anormale qu'il est difficile d'interpréter. — On n'a pas les images typiques du spasme avec ses plages claires. — La petite et la grande courbure n'offrent pas d'images lacunaires. — L'évacuation ne se fait pas par bouchées nettement tranchées comme normalement, mais par petites trainées.

1^{er} avril. — Le malade se cachectise progressivement, il a maigri de 4 kilogs.

4 avril. — Des douleurs gastriques s'installent très violentes, à peine calmées par la morphine ou le pantopon.

6 avril. — Le malade accuse une certaine dyspnée. A l'auscultation on entend des râles fins à la base gauche et une respiration très soufflante à la base droite dans le milieu du champ pulmonaire. Expectoration sanglante.

7 avril. — Décès.

8 avril. — Autopsie. — A l'ouverture du thorax on est frappé par la présence d'un épanchement séro-fibrineux, siégant à gauche et comprenant envtron 1 litre 1/4 de liquide jaune citrin. — Rien dans l'abdomen, l'éviscération se produit sans difficulté, cœur petit, sans lésion orificielle. Aorte normale sans plaque d'athérome.

Poumons : A la coupe le poumon gauche laisse apparaître une cavité du volume d'un petit œuf et contenant un liquide purulent couleur de terre ; cette cavité ressemble à une bronche dilatée. Il en est prélevé un fragment pour examen histologique ; il existe d'ailleurs d'autres dilatations

bronchiques mais moins importantes que la précédente. Le sommet de ce poumon contient des nodosités blanchâtres d'aspect hépatisé. La base est congestionnée, à la coupe il s'écoule un liquide hématique, semblant légèrement purulent.

Le poumon droit présente également plusieurs dilatations dont une au niveau d'une grosse bronche. De cette partie dilatée s'écoule un liquide hémato-purulent. En un point le parenchyme semble épaissi ; il est de couleur blanc-jau-nâtre. A ce niveau il est fait un prélèvement pour examen histologique. A la base, même caractère que pour le côté gauche.

Oesophage : normal.

Estomac : Assez volumineux. A l'ouverture, suivant la grande courbure, on découvre dans la région prépylorique, une région ulcérée de la grandeur d'une pièce de un franc, recouverte de mucus. Cette ulcération n'est pas creusée dans la paroi ; elle est presque au même niveau que celle-ci et ne semble pas en activité. Il est fait a cet endroit un nouveau prélèvement. Un peu plus haut existe une zone de la muqueuse gastrique, recouverte d'un enduit bourbillo-nieux, adhérent. (Nouveau prélèvement). A la coupe la région prépylorique semble cependant un peu plus épaissie que sur un estomac normal, principalement au niveau de l'ulcération. Pas de ganglions de la petite courbure.

Rien à signaler dans le duodénum.

Pancréas normal.

Rate normale.

Rein, foie et vésicule normaux.

Examen histologique (Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté).

Poumon : Sur un 1^{er} fragment on reconnaît une paroi de cavité. Elle est formée d'un tissu conjonctif frêle, infiltré de cellules rondes et de capillaires dilatés. Plus en dehors, le stroma devenant plus dense, on voit de nombreuses néoformations alvéolaires à épithélium cubique : pas de formation tuberculeuse c'est bien l'aspect de la dilatation bronchique syphilitique.

Sur un 2^e fragment on ne voit que des lésions de pneumonie banale.

Estomac : Sur un fragment la muqueuse a complètement disparu. Il n'en persiste que quelques fragments informes. La sous-muqueuse est épaissie, fibroïde. Elle contient en surface d'abondantes cellules inflammatoires et ses vaisseaux sont atteints d'endopéri-artérite.

Sur un second fragment, même aspect mais les lésions inflammatoires paraissent plus aiguës, plus actives.

En somme, ulcérations gastriques dont rien ne permet tout d'abord d'affirmer la nature, mais il convient de remarquer que l'examen histologique révèle des lésions endopériartéritiques. En outre, dans les poumons, il y a des dilatations bronchiques du type des dilatations syphilitiques.

L'observation I est celle d'un homme syphilitique, présentant des reliquats d'hémiplégie, et qui, 42 ans après son accident primaire, entre à l'hôpital pour des douleurs d'estomac. « Sans signes caractéristiques d'une affection ulcéreuse ou néoplasique de l'estomac », il succombe à la suite d'une hématomérose. L'autopsie révèle un ulcus peu calleux, au fond duquel un vaisseau turgescent est béant. L'aorte, très dilatée, est le siège de plaques d'aortite syphilitique, qui viennent, en quelque sorte, apporter la signature au tableau.

L'observation II est quelque peu différente. Là, pas de spécificité avouée. L'homme entre également à l'hôpital pour douleurs d'estomac. Elles sont survenues depuis deux mois. Un mois après son entrée, il est emporté à la suite de complications pulmonaires. Chez lui, la syphilis suspectée est vérifiée à l'autopsie (examens macroscopique et histologique) : dilatation bronchique syphilitique. Les lésions stomacales sont représentées par deux ulcérations peu profondes et caractérisées par l'épaississement de la sous-muqueuse,

l'abondance de cellules inflammatoires et l'envahissement des vaisseaux par un processus d'endopériartérite.

Ces deux cas nous montrent deux types évolutifs très différents du processus ulcéreux gastrique : l'un aigu, foudroyant, l'autre latent, à évolution plus lente, mais tous les deux présentent la même lésion anatomique : l'artérite. Dans l'un, l'artère, source de l'hémorragie, est béante au fond de l'ulcération. Dans l'autre, c'est l'examen microscopique qui nous confirme les altérations artérielles.

Ces deux cas d'ulcère, que nous croyons devoir rattacher à la syphilis, ne rentrent pas dans le cadre ordinairement admis de l'ulcère syphilitique proprement dit de l'estomac.

L'ulcère gastrique syphilitique est toujours, pour la plupart des auteurs, d'origine gommeuse, et, partant de cette définition, ils donnent à l'ulcère syphilitique une forme macroscopique spéciale pour le différencier (Hemmeter). Il est de bords épais, irréguliers et surplombant un fond de diamètre supérieur à son orifice, tandis que l'ulcère vrai est caractérisé par sa disposition en gradins.

Or, dans nos deux cas, il n'en est rien. Macroscopiquement, nos ulcères sont des ulcères de type assez banal.

D'après Hayem, qui va préciser la question en l'amenant en même temps sur le terrain de discussion où nous voulons nous arrêter, « l'étude de l'ulcère » syphilitique est encore incomplète. La lésion est-elle analogue à l'ulcère rond, ou est-ce une gomme

« ulcérée plus ou moins profondément ? Dans les
« autopsies des malades morts d'hématémèse, on
« trouve des ulcérations superficielles ou profondes
« et même perforantes, mais à base gommeuse ou
« avec un pourtour gommeux. Et je ne sache pas
« qu'on ait jamais trouvé d'ulcère dû à une artérite
« syphilitique ! »

Ce qui revient à dire : Jusqu'ici, les ulcères gastriques syphilitiques sont tous d'origine gommeuse. S'il en était d'autre origine, ils ne pourraient être dus qu'à une artérite, mais je n'en connais pas de cas.

Nous allons donc, maintenant, essayer de prouver que dans la pathogénie de l'ulcère stomacal chez des syphilitiques, il est des cas qui relèvent de troubles vasculaires, et que, dans nos deux observations, c'est l'artérite syphilitique qui doit être mise en cause.

DISCUSSION PATHOGÉNIQUE

Il est un fait généralement admis c'est que les troubles d'irrigation sanguine peuvent être une des causes à incriminer dans la pathogénie générale des ulcères épidermiques ou muqueux. Les expériences de Favry et Panum ont démontré que pour l'ulcère de l'estomac, la même cause pouvait être invoquée. Une objection d'ordre anatomique fut faite à leurs conclusions : Le cercle artériel de l'estomac est formé par des anastomoses multiples, provenant de sources différentes et répandues sur une surface relativement peu considérable. Cette disposition y rend la circulation très active. Qu'un obstacle se produise en un point, la circulation collatérale pourra arriver à en triompher. Mais justement pour répondre à cette objection nous ferons remarquer que la nécrobiose, dans les cas qui nous occupent, n'est jamais très étendue.

D'ailleurs Tripier, dans son traité d'anatomie pathologique, déclare que « des ulcères sont produits au « niveau de la muqueuse de l'estomac par les mêmes « causes qu'au niveau d'une autre muqueuse, c'est-à- « dire par des altérations inflammatoires destruc- « tives résultant d'oblitérations vasculaires qui sont « suivies de nécrose dans le tissu sus-jacent ».

Donc première constatation : Les altérations vasculaires peuvent être une cause d'ulcère stomacal.

D'autre part si, comme Cruveilhier le déclare dans son traité d'anatomie pathologique, « il n'est aucune « partie de l'arbre artériel qui ne puisse se rétrécir ou « s'oblitérer », Lecorché, dans sa thèse d'agrégation arrivant à la même conclusion, fait remarquer que les lésions d'endartérite « n'apparaissent pas indistinctement. Elles semblent procéder par zones, tantôt « se montrant sur les artères de la tête, tantôt sur « celles des extrémités et d'autres fois ne touchant que « celles des viscères thoraciques ou abdominaux ».

Brault, étudiant les artérites syphilitiques, montre quelles affectent, particulièrement sur les vaisseaux de moyen calibre, une évolution assez rapide avec terminaison par thrombose plutôt que par rupture ou par hémorragie.

Traitant du même sujet, Fournier indique que ces artérites sont rarement généralisées, mais régionales, segmentaires et quelquefois maculeuses pour ainsi dire. Par ordre de fréquence, les régions de choix sont :

- 1° Les artères cérébrales ;
- 2° L'aorte ;
- 3° Les artères viscérales ;
- 4° Les artères des membres.

Nous voyons donc que les lésions artérielles, si fréquentes chez les syphilitiques, peuvent se localiser sur n'importe quel point des voies circulatoires mais que cependant elles affectent des points d'élection et peuvent prédominer dans certaines régions.

Il est donc rationnel de rattacher à la syphilis certains ulcères stomacaux sans processus gommeux préalable, si nous y trouvons des lésions des artères de l'estomac.

Thibierge, déjà, écrivait en 1889 : « A toutes les périodes, les productions syphilitiques sont sinon constamment, du moins presque toujours accompagnées, *peut-être toujours précédées et déterminées par une lésion artérielle* ».

Fournier dans son traité de la syphilis, pose la question à propos de la pathogénie des gastrorragies dans l'ulcère de l'estomac : « Proviennent-elles d'une perforation vasculaire de dehors en dedans par le fait d'un processus ulcéreux ou dérivent-elles de lésions propres des artérioles et des veinules de l'estomac, affectées pour leur compte et à un haut degré ? »

La relation entre certains ulcères de l'estomac et les altérations syphilitiques des vaisseaux est admise par Haussmann qui dit : « En ce qui concerne l'ulcère peptique 20 % des cas, d'après Lang, sont observés sur des syphilitiques. De cette statistique on a conclu que l'ulcère peptique était fréquent chez les syphilitiques. A mon avis ces chiffres correspondent à une proportion comprenant en maints endroits des ulcères non imputables à la syphilis. En faveur de cette interprétation il y a le fait que Chiari sur 94 cadavres de syphilitiques n'a trouvé qu'un seul ulcère peptique, et ce qui est encore plus instructif, il a trouvé aussi sur le même estomac un ulcère gommeux. La question est de savoir si

« les maladies syphilitiques des vaisseaux sont ou ne
« sont pas causes de l'ulcère peptique. Gaillard, Neu-
« mann et d'autres auteurs sont de cet avis. Fran-
« kel, Klebs et d'autres nient le caractère spécifique
« des maladies coexistantes des vaisseaux et tien-
« nent seulement les ulcères gommeux comme véri-
« tablement syphilitiques pendant que certains auteurs,
« comme Cramer par exemple, acceptent un point
« de vue moyen et pensent que la syphilis prédispose
« aux maladies des vaisseaux de même qu'à l'ulcère
« peptique. Il me paraît que deux possibilités jouent
« un rôle : Une partie des ulcères peptiques trouvés
« chez les syphilitiques ont une origine banale tan-
« dis que les autres sont causés par de véritables
« altérations syphilitiques des vaisseaux ». Et il cite
en exemple le cas de César-Demel. Nous en avons
trouvé l'observation dans la thèse de Barbier et nous
en reproduisons les passages essentiels, ainsi que deux
autres puisées à la même source et se rapportant à
notre sujet :

OBSERVATION DE CESARIS-DEMEL
(*Archivio per le Scienze Mediche*, 1899)

Diagnostic clinique : *ulcus rotundum*.

Examen microscopique. — Tous les vaisseaux de la paroi
gastrique sont profondément altérés et les lésions sont de
nature diverse. Nous avons pu voir, tant dans les artères
que dans les veines, un épaissement fréquent et étendu
de la couche interne obstruant presque entièrement la
lumière des vaisseaux. Outre ces faits d'endoartérite et
d'endophlébite oblitérante on rencontre fréquemment une
inflammation cellulaire périvasculaire qui, perforant parfois

la tunique élastique externe, va envahir par diffusion la tunique moyenne et quelquefois encore perforant l'élastique interne atteint l'intérieur du vaisseau, d'où thromboses fréquentes ; quelques thrombus sont à peine formés et en voie d'organisation ; d'autres sont anciens et ont laissé comme trace un tractus connectif circulaire avec noyaux petits et rares.

OBSERVATION DE ZAWADKI ET LUXENBURG
(In *Virchow-Hirsch Jahresbericht*, 1893)

Diagnostic : Ulcère syphilitique de l'estomac.

L'examen microscopique de l'ulcère montra un épaississement et une inflammation à petites cellules des parois des vaisseaux de l'estomac et du mésentère telle que par place la lumière des vaisseaux était obstruée.

OBSERVATION DE FLEXNER
(*The American Journal of the Medical sciences*, 1898)

Diagnostic anatomique : Ulcère syphilitique de l'estomac.

Examen microscopique au niveau de l'ulcère. — Les vaisseaux sanguins sont largement atteints. L'endartérite et l'endophlébite oblitérante sont fréquentes. La base de l'ulcère est couverte sur une certaine étendue par la muqueuse et c'est seulement en son centre qu'elle est détruite. La tunique musculaire est exposée en cette région et les fibres les plus superficielles sont nécrosées.

Pour Fowler, dans les cas d'ulcères gastriques soupçonnés d'être d'origine syphilitique, l'évidence est apportée au microscope par la constatation d'endartérite oblitérante et d'infiltration lymphocytaire péri-artérielle.

Dans notre observation n° 1, l'artérite n'est pas vérifiée microscopiquement. Elle l'est macroscopi-

quement : « au fond de l'ulcération on aperçoit l'orifice d'un vaisseau turgescent ».

Chez ce malade l'artérite syphilitique a semble-t-il calqué le schéma de Fournier et successivement, dans l'ordre de préférence, occupé les lieux d'élection désignés par lui :

1° Artères cérébrales : hémiplegie gauche.¹

2° Aorte : aortite.

3° Artères viscérales : ulcère gastrique.

Cette observation est à rapprocher de celle de Fioupe, citée par Fournier et que nous reproduisons (même mort foudroyante et même constatation anatomique) :

ULCÈRE DE L'ESTOMAC A FORME FOUDROYANTE
(OBSERVATION DE FIOUPE)

Homme de 56 ans ayant toujours joui d'une parfaite santé. Emporté par quatre hématomèses successives en quatre jours.

A l'autopsie : tous organes exsangues. Dans l'estomac petite ulcération de dimension d'une lentille, elliptique, limitée par des bords nets au centre de laquelle *on aperçoit béante une artériole admettant l'extrémité d'un petit stylet.*

Foie présentant à sa surface deux dépressions d'un blanc nacré, gris perle, avec épaissement de la capsule de Glisson à leur niveau.

Les corps de plusieurs vertèbres dorsales et lombaires sont le siège d'exostoses assez volumineuses tout à fait comparables aux exostoses syphilitiques.

Dans notre observation II, l'artérite est mise en évidence par l'examen microscopique. La nature de cette artérite est confirmée par l'existence concomitante de dilatations bronchiques syphilitiques.

Etant donné ce que nous avons reconnu des rapports de l'ulcère de l'estomac et des lésions artérielles, nous pouvons donc conclure que, dans nos deux observations, l'artérite syphilitique peut être considérée comme cause de processus ulcéreux.

Cette constatation faite, avant d'aborder notre esquisse clinique, la pathogénie de nos ulcères nous amène à une comparaison que nous jugeons nécessaire de faire ressortir. Si nous lisons le chapitre d'anatomie pathologique de la thèse de F. Arloing, sur les ulcérations tuberculeuses de l'estomac, nous voyons qu'en résumé il en décrit deux formes :

1° Une forme spécifique, caractérisée macroscopiquement par des bords épaissis, légèrement dentelés, *minant en dessous* les tissus voisins. Et microscopiquement, cet ulcère tuberculeux apparaît creusé en plein tissu caséeux.

L'analogie est frappante avec l'ulcère gastrique syphilitique d'origine gommeuse, tel que le décrivent les auteurs.

2° Des ulcérations d'ordre toxique, survenues sous l'influence de la tuberculose, mais sans lésions locales bacillaires.

« Elles sont caractérisées tantôt par des abrasions
« superficielles cupuliformes de la couche glandu-
« laire, tantôt par une mortification sur place de la
« muqueuse. Dans le voisinage de la lésion, on
« trouve des lésions d'endartérite assez constante, et
« une hypertrophie des points lymphatiques. »

L'analogie se maintient avec les ulcères d'origine syphilitique tels que nous décrivons.

ESQUISSE CLINIQUE

De la discussion précédente, il ressort que si l'étiologie que nous avons défendue est admissible, d'après Hausmann elle est cependant assez rare et semble devoir être considérée presque comme une simple trouvaille d'autopsie.

Fowler insiste également sur la rareté d'observations de ces cas. Mais depuis que l'attention a été attirée sur la syphilis gastrique, nombre de cas plus ou moins cliniquement semblables aux nôtres ont été améliorés ou guéris par le traitement antisyphilitique. Et, d'autre part, certainement la syphilis, qui pouvait être mise en cause, n'a pas été toujours reconnue ou n'a pas même été soupçonnée. Des recherches systématiques en ce sens pourraient sans doute démontrer que ces cas sont moins rares qu'on ne le pense.

Au point de vue clinique, *la difficulté siège dans l'absence totale de symptômes spéciaux.*

Et, pourtant, il est intéressant de faire le diagnostic, car « la syphilis gastrique, à moins de complications « scléreuses indiquant un acte chirurgical, est une « des affections viscérales qui cède le mieux au traitement antisyphilitique. » (Castaigne.)

« Un malade », écrit Fournier, « est affecté de

« troubles gastriques, d'ordre commun, aussi commun que possible : douleurs, troubles de digestion, phénomènes d'intolérance gastrique, vomissements, hématomésès.

« Or ce malade a eu la syphilis.

« Donc il n'est pas impossible que les troubles en question dérivent de la syphilis ».

Il faut donc avant tout y penser. Mais en présence d'un ulcus caractérisé, comment l'attribuer à la syphilis ?

Existe-t-il des signes qui puissent nous guider dans cette voie ?

La syphilis avouée, des signes de lésions syphilitiques guéries ou en évolution devront éveiller l'idée d'un tel processus.

Mais dans ces cas d'ulcères stomacaux, comme dans tous ceux que peut emprunter la syphilis gastrique, les auteurs ne signalent pas de signes spéciaux. Seule une observation de Rosanow citée par Pater, indique un caractère un peu spécial « la fréquence des douleurs gastriques le soir et surtout la nuit ».

Pour Morgan (cité par Fowler) des désordres gastriques résistant au traitement habituel doivent faire penser à la syphilis.

Pour Clark (cité par Fowler), devant des désordres gastriques atypiques on devrait toujours essayer le traitement antisyphilitique.

D'après Fowler la symptomatologie est caractérisée par l'absence de symptômes bien définis. Pour lui, « la syphilis peut revêtir le type clinique de l'ulcère gastrique bénin et dans ce cas il serait carac-

« térisé par l'absence de douleurs en rapport avec
« l'alimentation, par une périodicité moindre, l'ab-
« sence d'acidité, des vomissements coexistants avec
« un bon appétit, une perte de poids importante et
« une amélioration des fonctions gastriques par le
« traitement spécifique.

« Sans intervention le diagnostic repose habituel-
« lement sur une histoire de syphilis antérieure ou
« sur des signes tardifs de syphilis coexistants.

« Un Wassermann négatif ne doit pas exclure la pos-
« sibilité d'une syphilis gastrique et d'autre part des
« lésions banales de l'estomac peuvent survenir chez
« un syphilitique avéré.

« Enfin des désordres gastriques qui sont insen-
« sibles au traitement habituel de l'ulcus doivent
« éveiller le soupçon de syphilis. »

Nous voyons donc que si la notion de spécificité antérieure doit entrer en ligne de compte dans l'établissement du diagnostic, elle n'est pas une preuve que l'ulcère observé est d'origine syphilitique. Il est évident qu'un syphilitique peut très bien, sans que l'artérite soit en cause, faire un ulcère banal de l'estomac. Néanmoins, cette cause étant possible, le traitement spécifique devra être institué.

Egalement dans les cas où des symptômes d'ulcération gastrique ne seraient pas améliorés par la thérapeutique habituelle, l'idée d'une syphilis ignorée ou cachée doit venir à l'esprit et le traitement d'épreuve pourrait être alors institué.

Il semble que dans nos cas d'ulcères liés à des lésions artérielles une forme spéciale : la forme hémor-

ragique, doit être signalée. Nous en rapportons deux observations, une inédite, et celle de Fioupe, rapportée par Fournier. Dans ces deux cas, l'importance des lésions artérielles a été la source d'hémorragies soudaines et abondantes qui ont entraîné la mort.

Enfin, avant d'aborder nos conclusions, nous tenons à faire remarquer que l'échec du traitement antisypilitique, ne peut pas toujours permettre d'éliminer définitivement la relation d'un ulcère d'origine endartéritique avec la syphilis, car il est permis d'admettre qu'un ulcus lié à des lésions artérielles plus ou moins anciennes peut être insensible à cette thérapeutique.

CONCLUSIONS

I. — L'ulcère gastrique syphilitique est dû le plus souvent à l'ulcération d'une gomme, mais on peut voir chez les syphilitiques un ulcus lié à des altérations artérielles. Dans ce cas les lésions ne se distinguent pas macroscopiquement de celle d'un ulcère banal. Microscopiquement, les lésions vasculaires y sont importantes.

II. — Sa fréquence est sans doute assez grande. L'importance du processus endartéritique chez les syphilitiques et le rôle joué par les altérations vasculaires dans la pathogénie des ulcères stomacaux en donnent la raison. Aussi convient-il de penser à la syphilis quand on recherche la cause et le mécanisme d'un ulcère.

Nous en rapportons deux observations recueillies en peu de temps dans un même service hospitalier.

III. — Anatomiquement on identifiera un tel ulcus par l'importance des lésions artérielles sous-jacentes et par la coexistence des lésions manifestement syphilitiques dans d'autres organes.

IV. — Cliniquement cet ulcus ne revêt pas d'aspect particulier : des hémorragies très abondantes et

même foudroyantes semblent devoir être une de ses principales complications.

V. — Le diagnostic comporte d'abord l'affirmation de l'existence d'un ulcère gastrique, puis son attribution à la spécificité. Ce deuxième élément du problème soulève de grandes difficultés : la notion de spécificité antérieure ne permet pas d'attribuer toujours à celle-ci l'ulcus observé ; l'épreuve du traitement causal n'est pas infaillible et quant à l'échec du traitement ordinaire de l'ulcus (Fowler) il ne constitue qu'un élément de présomption en faveur de la syphilis.

VI. — La thérapeutique devra être celle de l'ulcère gastrique banal, mais le soupçon de spécificité devra faire mettre en œuvre le traitement de celle-ci.

Le Président de la thèse,

VU :

J. ROQUE.

Le Doyen,

JEAN LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 24 juin 1921.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL (1834). — *Clinique médicale*.
- ARLOING (F.). — Des ulcérations tuberculeuses de l'estomac. Thèse Lyon, 1902-1903.
- BARBIER. — Syphilis de l'estomac. Thèse Paris, 1904.
- BENSAUDE et RIVET. — *Presse Médicale*, 25 octobre 1919.
- BOUVERET (1893). — Traité des maladies de l'estomac.
- BRAULT (A.). — Les artérites.
- CASTAIGNE et TREMOLIÈRES. — La syphilis.
- CORNIL (1879). — Leçons sur la syphilis.
- CHIARI (1891). — Constatations anatomo-pathologiques.
- CADE. — Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin.
- CHEYROU-LAGRÈZE. — Etude sur les ulcérations gastro-intestinales. Thèse Paris, 1881.
- CRUVEILHIER (1852). — Anatomie pathologique générale.
- DIEULAFOY (1898). Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.
- DUBUC (1898). — Syphilis de l'estomac. In *La France Médicale*.
- DEBOVE et RÉMOND. — Traité des maladies de l'estomac.
- FOURNIER (A.). — Traité de la syphilis.
- FOURNIER (A.). — Syphilis de l'estomac. (In *Journal de la syphilis*, n° 1, juillet 1903).
- FOURNIER (A.). — Les affections para-syphilitiques.
- FAVRE. — Syphilis gastrique. (In tome XIX du traité de pathologie médicale et thérapeutique appliquée, d'Emile Sergent, Ribadeau Dumas et Babonneix).
- FRANKEL. — Cas d'ulcère syphilitique perforant. (In *Médecine Moderne*, 7 janvier 1899).
- FOWLER. — Benign gastric ulcer in a know syphilitic. (In *Surgery Gynecology and Obstetrics*, mai 1920).
- GALLIARD. — Pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac. Thèse Paris, 1882.

- GALLIARD. — Syphilis gastrique. (In *Archives de Médecine*, 1885).
- GALLIARD. — Syphilis gastrique et ulcère de l'estomac (In *Archives générales de Médecine*, 1886).
- HAYEM. — Syphilis stomacale. (*Presse médicale*, février 1905).
- HAUSMANN (Th.). — Die luetischen Erkrankungen der Bauchorgane, 1913.
- JACOBS (1896). — Les troubles gastro-intestinaux de la syphilis. (In *Annales de la Société de Médecine d'Anvers*).
- JULLIEN (1899). — De la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec la syphilis. (In *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*).
- LACASSAGNE. — Sur un cas d'ulcère gastrique guéri par le traitement mixte. Thèse Lyon, 1911-1912.
- LEVEN (G.). — La syphilis gastrique, sa fréquence méconnue en clinique, (*Société de Thérapeutique*, juin 1913).
- LECORCHE. — Des altérations athéromateuses des artères. (Thèse d'agrégation, Paris, 1869).
- MATHIEU (A). — Pathologie gastro-intestinale.
- MARFAN. — Les ulcères gastriques. (In *Gazette des Hôpitaux*, avril 1887).
- PATER. — Sur la syphilis de l'estomac. Thèse Paris, 1906-1907.
- PATER. — Syphilis de l'estomac (In *Gazette des Hôpitaux*, novembre 1907).
- SINEAU. — Quelques réflexions sur la pathogénie de l'ulcère de l'estomac. Thèse Paris, 1900.
- SOUPAULT. — Traité des maladies de l'estomac.
- TRIPPIER (R), (1904). — Traité d'anatomie pathologique.
- THIBIERGE. — Les lésions artérielles de la syphilis. (In *Gazette des Hôpitaux*, 1889).
- VIRCHOW. — La syphilis constitutionnelle. (Traduction P. Picard, Paris, 1860).
- WIDAL et BODIN. — Pathogénie de l'ulcère rond. (In *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 21 juillet 1905).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
OBSERVATIONS	12
DISCUSSION PATHOGÉNIQUE.....	23
ESQUISSE CLINIQUE.....	30
CONCLUSIONS.....	35
BIBLIOGRAPHIE	37
